



## 의(WIC) 프로그램 규칙

- 귀하가 의(WIC)에 제공하는 사항은 모두 사실을 말하십시오.
- 한 곳의 의(WIC) 의료원에서만 수표를 받으십시오.
- 의(WIC)이나 씨에스에프피(Commodity Supplemental Food Program) 중 하나를 선정하십시오. 동시에 두 프로그램에서 혜택을 받을 수 없습니다.
- 의료원에서 의(WIC) 수표에 서명하는 사람은 반드시 가게에서도 서명해야 한다.
- 의(WIC) 수표의 내용을 변경하지 마시오. 귀하가 이용하는 가게나 아기의 후물라를 변경해야 할 경우는 의(WIC) 의료원에 연락하십시오.
- 의(WIC) 수표는 의(WIC) 수표에 제시되어 있는 "First Day to Use(사용할 수 있는 첫 날)"과 "Last Day to Use(사용할 수 있는 마지막 날)" 사이에만 사용하십시오. 첫 날과 마지막 날에도 사용할 수 있습니다.
- 분실했거나 도난당했거나 파괴된 수표는 의(WIC) 직원에게 보고하십시오. 귀하가 분실했거나 도난당했거나 파괴된 수표를 찾았을 경우는 사용하지 말고 의(WIC) 의료원에 반송하십시오.
- 의(WIC) 수표에 제시되어 있는 식품이나 휘물라만 구입하십시오.
- 의(WIC) 수표에 제시되어 있는 양의 식품이나 휘물라만 구입하십시오.
- 의(WIC) 식품이나 휘물라 또는 의(WIC) 수표를 다른 사람에게 팔거나 교환하거나 주지 마십시오.
- 의(WIC) 식품이나 휘물라 또는 의(WIC) 수표를 돈, 크레딧, 레인 체크(rain check) 또는 다른 것으로 바꾸지 마십시오.
- 의(WIC) 직원이나 가게 직원에게 옥설을 하거나 시비를 걸거나 위협하거나 신체적으로 해치지 마십시오.

질문이 있을 경우는 의(WIC) 직원에게 문의하십시오.

워싱턴주 의프로그램(Washington State WIC Program)은 서비스나 직장에서 인종, 피부색, 출신국, 성별, 나이 또는 장애여부로 차별대우를 하지 않습니다. 워싱턴주 의프로그램(Washington State WIC Program)은 기회균등한 제공자인 동시 고용주입니다.

귀하가 인종, 피부색, 출신국, 성별, 나이 또는 장애여부로 차별대우를 받은 것에 대해 진정서를 제출하고자 할 경우는 United States Department of Agriculture, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410으로 제출하시거나 (202) 720-5964 (음성 또는 청력장애인용)로 연락하시거나 서부지역은 1-888-271-5983으로 연락하시기 바랍니다.

## 워싱턴주 의 사무소(Washington State WIC Office)

1-800-841-1410



DOH 962-010 (Rev. 12/03) Korean

이 안내서를 장애로 인해 읽을 수 없을 경우는 다른 형식으로 준비된 것이 있으니 요청하시기 바랍니다.

다른 형식으로 준비된 것을 요청할 경우는 1-800-525-0127로 연락하시기 바랍니다.



## 워싱턴주 워(WIC)

### 권리 및 의무

#### 1. 워(WIC)은 나한테서 어떤 것을 기대하고 있는가?

##### 워(WIC)이 승인한 식품을 구입한다:

나는 워(WIC) 수표에 게시되어 있는 식품만 구입 한다. 나는 프로그램에 등록된 사람을 위해서만 그 식품을 사용한다.

##### 워(WIC) 수표를 올바르게 사용한다:

나는 워(WIC) 수표를 사용할 때 규칙을 따른다. 내가 워(WIC) 프로그램에 등록되면 워(WIC) 직원은 수표 사용법을 가르쳐준다.

##### 한 곳의 워(WIC) 의료원에만 간다:

나는 한 곳의 워(WIC) 의료원에서만 수표를 받는다. 내가 이사할 경우는 이전 카드(transfer card)를 요청할 수 있다.

##### 워(WIC)과의 약속을 지킨다:

나는 약속시간을 지킬 것이며 그렇지 못 할 경우는 사전에 연락해서 다시 약속을 한다.

##### 예의:

나는 워(WIC) 직원과 가게 직원을 친절하고 정중하게 대한다.

#### 3. 내가 이 서류에 서명하는 것은 다음과 같은 것을 동의하는 것이다:

- 내가 워(WIC)에 제공한 모든 자료는 사실이다. 워(WIC) 직원은 내가 제공한 자료를 검사할 수 있다.
- 내 수입이나 가족크기 또는 내 메디케이드, 베이식 식품보조 프로그램 또는 티에이엔에프(TANF)(빈곤가족을 위한 임시보조) 수혜자격에 변화가 있을 경우는 그런 것을 보고한다.
- 나는 이 서류에 제시된 워(WIC) 프로그램의 규칙을 따른다. 내가 그런 규칙을 위반할 경우는 다음과 같은 결과를 초래한다는 것을 안다:
  - 나 또는 우리 아이는 워(WIC) 프로그램에서 최고 1년 까지 제적될 수 있다.
  - 나는 법적으로 기소될 수 있다.
  - 나가 받지 않았어야 했던 식품이나 휘물라에 대한 돈을 반납해야 한다.
- 나는 워(WIC) 직원이 나 또는 우리 아이의 신장과 체중을 재는것을 허락한다. 나는 워(WIC) 직원이 나 또는 우리 아이의 철분농도를 재기 위해서 혈액을 조금 채취하는 것을 허용한다. 나는 워(WIC) 수혜자격을 결정하기 위해서 이런 것들이 필요하다는 것을 안다.
- 나는 내가 워(WIC) 프로그램의 혜택을 받을 때의 권리 및 의무를 안다.

중요사항 - 워(WIC) 프로그램 규칙은 이 안내책자 뒤면에 게시되어 있습니다.

#### 4. 서명

고객/탁아제공자 서명

날짜

##### 워(WIC)을 받는 것은 귀하의 영주권 신분에 영향을 기치지 않습니다.

워싱턴주 건강부(Washington State Department of Health)는 내 워(WIC) 기록을 검토했습니다.  
의료원 사용. 고객이 서류를 읽지 않았을 경우 해당되는 것에 모두 표시하시오: \_\_\_\_\_ 통역관 사용 \_\_\_\_\_ 번역 \_\_\_\_\_ 고객에게 읽어줌 \_\_\_\_\_ 기타